Pflegenotstand

Meilenweit entfernt von dänischen Verhältnissen

Die Regierung verspricht 13.000 neue Stellen in der Pflege. Um so gut zu werden wie Dänemark, bräuchte man hierzulande jedoch eine halbe Million zusätzliche Pflegekräfte.

Ein Gastbeitrag von **Cornelia Heintze**

28. Mai 2018, 21:18 Uhr233 Kommentare



Eine Pflegerin hilft einer alten Dame beim Schuheanziehen. © *Britta Pedersen/dpa-Zentralbild/ZB*

Cornelia Heintze hat während ihres Studiums in den 70er Jahren selbst in der Altenpflege gearbeitet, auch als Heimleitungsvertretung am Wochenende. Später lernte die promovierte Politikwissenschaftlerin den Krankenhausbetrieb als Klinikdezernentin kennen. Heute arbeitet sie als freie Autorin und Coach. Sie beschäftigt sich unter anderem mit dem Vergleich von Pflegesystemen in unterschiedlichen Ländern.

Über die Pflegemisere in Deutschland wird derzeit viel diskutiert. Auch die Bundesregierung scheint entschlossen,

es nun besser zu machen als in den Jahren zuvor: "Wir haben verstanden", sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), als er in der vergangenen Woche die Eckpunkte für ein "Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege" vorstellte.

Wirklich? Um zu ermessen, wie weit das Sofortprogramm trägt, muss man sich das ganze Ausmaß des Problems vergegenwärtigen. Und das ist gewaltig. Es gibt nicht nur die von der Regierung richtig benannte Vertrauenskrise des Berufsstandes der Pflege. Deutschland ist für die Bewältigung der Herausforderungen einer alternden Bevölkerung insgesamt schlecht aufgestellt. Dies gilt für die Krankenhaus- und noch mehr für die Altenpflege.

Betrachten wir zunächst den Krankenhausbereich anhand der vom Statistischen Bundesamt gelieferten Daten. Zwischen 1995 und 2016 ist die Zahl der dort jährlich behandelten Fälle um mehr als ein Fünftel, nämlich von 15,9 Mio. (1995) auf 19,5 Mio. (2016) gestiegen. Die Patienten hinter den Fallzahlen haben zunehmend neben der Erkrankung, die zur Klinikeinweisung führte, diverse andere Erkrankungen; immer häufiger sind sie dement.

Mindeststandards sind nicht gesichert

Die Zahl der Pflegekräfte dagegen stieg im selben Zeitraum nicht nur nicht an, sie ist sogar gesunken: Von 350.600 rechnerischen Vollzeitkräften 1995 auf 336.200 im Jahr 2016, wobei die Leiharbeitskräfte bereits eingeschlossen sind. Mittlerweile liegt die Krankenhauspflege so am Boden, dass selbst pflegerische Mindeststandards nicht mehr gesichert sind. So ergab etwa der Nachtdienstreport von ver.di, durchgeführt im März 2015 in 238 Krankenhäusern unterschiedlicher Träger, einen hohen Anteil von Leistungen, die fachlich erforderlich wären, wegen fehlenden Personals aber nicht ausgeführt werden. In den Krankenhäusern mit besonders schlechter Personalausstattung – hier war eine Kraft für mehr als 40 Patienten zuständig – lag die entsprechende Quote bei mehr als 75 Prozent.

Dass es anders gehen kann, zeigt der internationale Vergleich. Wählt man den eher groben Indikator der Pflegekraft-Bett-Relation als Maßstab, haben skandinavische Länder im europäischen Vergleich die bei weitem beste Personalausstattung. In Dänemark und Norwegen etwa kommen auf ein Bett zwei Vollzeitpflegekräfte. Wollte Deutschland diesen Standard erreichen, müssten mehr als eine halbe Million Pflegekräfte zusätzlich eingestellt werden. Zieht man für den Vergleich unsere westlichen und südlichen Nachbarländer heran, beläuft sich die Personallücke immer noch auf mehrere Zehntausend, im Falle der Schweiz auf mehr als 200.000 fehlende Pflegekräfte.

Am besten geeignet für die Beurteilung der Güte pflegerischer Versorgung ist freilich die Relation von Pflegekraft zu Patient pro Schicht. Diese Betrachtungsperspektive kam bei der Internationalen Studie RN4Cast zur Anwendung. Stichprobenmäßig befragt wurden die Pfleger und Pflegerinnen in 12 teilnehmenden Ländern. Schon die Relation von examinierter Fachkraft zu

Patient war in Deutschland mit 13 Patienten pro Fachkraft am schlechtesten; in den meisten Ländern bewegte sie sich in einem Korridor zwischen 1:6,9 (Irland) und 1:8,6 (England). Werden jedoch Assistenzkräfte mit einbezogen, schneidet Deutschland nicht etwa besser ab, sondern noch schlechter.

Mehr Pflegende – aber in Teilzeit

In der Altenpflege ist die Situation besonders dramatisch. Zwar gibt es in Heimen und bei ambulanten Diensten heute weit mehr Beschäftigte als Ende der 90er Jahre; nach Köpfen stieg die Zahl von 625.000 (1999) auf 1,1 Mio. Ende 2015. Im selben Zeitraum stieg allerdings auch die Zahl der Pflegebedürftigen stark an. Hinzukommt: Der Personalaufbau erfolgte fast ausschließlich über Teilzeit.

Der in den Gesetzen formulierte Anspruch auf personenzentrierte Pflege ist vor diesem Hintergrund reine Makulatur. Um den höchst belastenden, auf Dauer krank machenden Arbeitsbedingungen zu entgehen, greifen Pflegende im Wesentlichen zu drei Ausweichreaktionen: Sie arbeiten Teilzeit, geben den Beruf auf oder wandern in Länder ab, die bessere Arbeits- und Entlohnungsbedingungen bieten.

Zunehmend ist als weitere Ausweichstrategie auch der Wechsel zu einer Leiharbeitsfirma zu beobachten. Dies überrascht, denn die Beschäftigung bei einer Leiharbeitsfirma geht meist mit Gehaltseinbußen einher. Individuell versuchen Pflegekräfte dadurch aber, den psychischen Druck durch Vorgesetzte und Kollegen und Kolleginnen abzumildern, etwa wenn es darum geht, in der Pflegedokumentation Leistungen als erbracht zu bestätigen, die aufgrund fehlenden Personals gar nicht erbracht wurden. Diese individuellen Ausweichstrategien verschärfen den Pflegenotstand zusätzlich; sie sind Symptome eines gescheiterten Systems.

Was wäre zu tun? Zunächst gilt es Folgendes zu erkennen: In einem Rahmen von Markt und Wettbewerb, wie er durch die politischen Entscheidungen der 90er Jahre geschaffen

wurde – Öffnung der Krankenhäuser für renditeorientierte Konzerne, Ersetzung der Selbstkostendeckung durch Fallpauschalen, Schaffung einer Pflegeversicherung, bei der Pflege keine öffentliche, sondern eine an den Markt delegierte Aufgabe ist – geht es im Kern nicht um das Wohl von Patienten und von alten Menschen mit Unterstützungsbedarf. Sie sind umgekehrt Mittel zum Zweck der Generierung von Erlösen und Gewinnen.

Ärzte sind rentabler

Dazu passt, dass die Zahl der Ärzte an Krankenhäusern anders als die Zahl der Pflegekräfte deutlich gestiegen ist: Von 101.600 rechnerischen Vollzeitkräften im Jahr 1995 auf 158.200 im Jahr 2016. Ärzte sind für die Erlösgenerierung relevant; Pflegekräfte nicht. Dazu passt auch, dass bei der angesprochenen Nachtdiensterhebung von ver.di die kommerziellen Kliniken die schlechteste Personalausstattung aufwiesen. Im Rahmen der politisch etablierten Marktlogik sind sie die Treiber der Negativentwicklung.

Was machen die skandinavischen Länder, aber auch Belgien oder die Niederlande besser? Die kurze Antwort lautet: Die Pflege agiert dort als eigenständige Profession auf Augenhöhe mit der Medizin und die öffentliche Hand übernimmt für die Ergebnisse weit mehr Verantwortung: finanziell, organisatorisch und auch hinsichtlich der Erbringung von Diensten.

Auch die Bundesregierung will ja nun ein bisschen umsteuern. Statt der im Koalitionsvertrag versprochenen zusätzlichen 8.000 Stellen für die Altenpflege sollen es 13.000 werden. Angesichts des beschriebenen Mangels kann dies aber nur ein allererster Schritt sein. Auch mit der im Raum stehenden Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte würde die Bundesregierung zu kurz springen.

Pflegemisere offenbar auch das Komplettversagen der Selbstverwaltung

Damit nämlich wird in erster Linie nur das Finanzloch gestopft, das die vorherige große Koalition selbst gerissen hat. Gegen alle Warnungen unterließ sie es, den Beitragssatz so anzuheben, wie es aufgrund der 2017 erfolgten Umstellung auf einen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff – mehrere Hunderttausend vorher ausgeschlossene Menschen sind nun leistungsberechtigt – nötig gewesen wäre.

Richtige Signale setzt das von Minister Spahnangekündigte Programm weniger bei der Alten-, als bei der Krankenpflege. So soll es künftig nicht mehr möglich sein, Kosten zulasten der Pflege zu senken. Jede zusätzliche oder aufgestockte Pflegestelle, ebenso Tarifsteigerungen, sollen vollständig von den Kassen refinanziert werden; ab 2020 außerhalb der Fallpauschalen.

Das ist überfällig. Positiv zu werten ist auch das Vorhaben, in Krankenhäusern Personaluntergrenzen letztlich für alle bettenführenden Abteilungen einzurichten und nicht nur für pflegesensible Bereiche wie es die derzeitige Gesetzeslage vorsieht. Welche positiven Auswirkungen solche Verbesserungen haben können, zeigen Studien der amerikanischen Pflegeforscherin Linda Aiken. Demnach reduziert eine um zehn Prozent bessere Pflegepersonalausstattung die Sterblichkeit um elf Prozent.

Die Selbstverwaltung hat versagt

Ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Reform wird sein, ob die Politik bei der Festlegung von Personaluntergrenzen mit Vorgaben direkt eingreift und die Nichteinhaltung sanktioniert oder es wieder einmal bei finanziellen Anreizen und der Delegation an die Selbstverwaltung belässt. Vor der Vermarktlichung des Gesundheitswesens mag die Selbstverwaltung leidlich funktioniert haben. Dies ist vorbei. Die katastrophale Situation der Pflege offenbart auch das Komplettversagen der Selbstverwaltung.

Obwohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft Personaluntergrenzen für überflüssig hält, wurde ihr und

den anderen Spitzenverbänden der Selbstverwaltung der Auftrag übertragen, sich bis spätestens zum 30. Juni 2018 bei pflegeintensiven Bereichen auf Pflegepersonaluntergrenzen zu verständigen, die ab dem 1.1.2019 dann verbindlich in Kraft treten sollen. Sofern die Spitzenverbände die gesetzte Frist einhalten, drohen Festlegungen, bei denen die Krankenhäuser mit der schlechtesten Personalausstattung als Messlatte dienen. Das gilt es zu verhindern.

Die Gesetzeslage ermächtigt die Bundesregierung, nach Fristablauf Regelungen durch Rechtsverordnung zu erlassen. Übergangsweise könnte sie auf die Pflegepersonalregelung von Mitte der 90er Jahre zurückgreifen. Diese hatte, bevor sie als "zu planwirtschaftlich" verworfen wurde, in nur drei Jahren zu einem größeren Stellenaufbau geführt als die diversen, seit 2009 von der Bundesregierung ergriffenen Pflegestellen-Förderprogramme binnen sechs Jahren.

Ob Spahns Pflegesofortprogramm ein erster von mehreren Schritten in die richtige Richtung ist oder es der Regierung erneut nur um die weitere Verwaltung des Pflegenotstandes geht, ist offen. Die Frage wird sich nicht zuletzt daran entscheiden, ob die Regierung willens ist, dem Renditedenken in der Kranken- wie Altenpflege die Grundlage zu entziehen. Bislang gibt es dafür wenige Anzeichen.